UNIVERSIDAD DE AQUINO BOLIVIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Título	EMBARAZO ECTÓPICO	
Autor/es	**Nombres y Apellidos**	**Código de estudiantes**
	DAN MIRKO QUISPE TICONA	82059
	MILENE ALEXANDRA LEO FLORES	84300
	NAZIA JEZHAGEL QUIÑONEZ VALDIVIA	82048
	LUIS EDU MUÑOZ CASTILLO	83980
	RODRIGO MAREN ZUMARÁN VILLARROEL	61208
Fecha	04/12/2021	

Carrera	MEDICINA
Asignatura	EMBRIOLOGÍA I
Grupo	"C"
Docente	SILVIA CECILIA CHÁVEZ ERGUETA
Periodo Académico	SEMESTRE I
Subsede	LA PAZ

Copyright © (2021) por (DAN MIRKO QUISPE TICONA, MILENE ALEXANDRA LEO FLORES, NAZIA JEZHAGEL QUIÑONEZ VALDIVIA, LUIS EDU MUÑOZ CASTILLO Y RODRIGO MAREN ZUMARÁN VILLAROEL). Todos los derechos reservados.

.

RESUMEN:

El embarazo ectópico representa un embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina. En la actualidad, es una causa importante de mortalidad durante el embarazo y por ello es que un diagnóstico diferencial debe considerarse siempre en toda mujer en edad fértil que se presenta con dolor abdominal. El cuadro clínico típico de sangrado transvaginal, amenorrea y dolor abdominal no siempre está presente por lo que el diagnóstico requiere de técnicas de imagen precisas que logren identificar la masa anexial. El manejo del embarazo ectópico ha ido evolucionando hacia el desarrollo de técnicas cada vez menos invasivas y de menos costo, esto con el objetivo de mejorar la morbilidad que conllevan los procedimientos invasivos, principalmente en cuanto a fertilidad y desarrollo de embarazos ectópicos subsecuentes.

Si bien no existe una solución definitiva para este problema de salud, el diagnóstico temprano permite que el manejo médico pueda considerarse como una opción de tratamiento. El manejo médico con metotrexato ha mostrado buenas tazas de éxito en pacientes bien seleccionadas, y sus diferentes protocolos de uso han sido objeto de estudios que comparan la eficacia de cada uno de estos.

Se expondrá entonces, una presentación sobre los aspectos generales del embarazo ectópico, como son su definición, clasificación, etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, morbilidad y mortalidad; con el fin de brindar información científica a los lectores.

Palabras clave: embarazo ectópico, dolor abdominal, tratamiento

ABSTRACT:

Ectopic pregnancy represents a pregnancy that develops outside of the uterine cavity. At present, it is an important cause of mortality during pregnancy and that is why a differential diagnosis should always be considered in every woman of childbearing age who presents with abdominal pain. The typical clinical picture of transvaginal bleeding, amenorrhea, and abdominal pain is not always present, so the diagnosis requires precise imaging techniques to identify the adnexal mass. The management of ectopic pregnancy has evolved towards the development of techniques that are less and less invasive and of less cost, this with the aim of improving the morbidity associated with invasive procedures, mainly in terms of fertility and the development of subsequent ectopic pregnancies.

While there is no definitive solution to this health problem, early diagnosis allows medical management to be considered as a treatment option. Medical management with methotrexate has shown good rates of success in well-selected patients, and its different use protocols have been the subject of studies comparing the efficacy of each of these.

A presentation will then be made on the general aspects of ectopic pregnancy, such as its definition, classification, etiology, symptoms, diagnosis, treatment, morbidity and mortality; in order to provide scientific information to readers.

Key words: ectopic pregnancy, abdominal pain, treatment

Tabla De Contenidos

Lista De Tablas 5
Lista De Figuras 6
Introducción 7
Capítulo 1. Planteamiento del Problema 8
1.1. Formulación del Problema 8
1.2. Objetivos 8
1.3. Justificación 8
Capítulo 2. Marco Teórico 9
2.1. Área de estudio/campo de investigación 9
2.2. Desarrollo del marco teórico 9
2.2.1. Embarazo ectópico 9
2.2.2. Historia del embarazo ectópico 15
2.2.3. Etiología 15
2.2.4. Sintomatología 21
2.2.5. Hallazgos abdominales 22
2.2.6. Hallazgos pélvicos 23
2.2.7. Diagnóstico 25
2.2.8. Tratamiento 28
2.2.9. Morbilidad 28
2.2.10. Mortalidad 30
Capítulo 3. Método 32
3.1. Tipo de Investigación 32
3.2. Técnicas de Investigación 32
3.3. Cronograma de actividades por realizar 32
Capítulo 4. Conclusiones 33
Referencias 34
Apéndice 36

Lista De Tablas

Tabla 1. Características socio-demográficas de los pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Hospital Nacional arzobispo Loaysa enero 2006 – diciembre 2010 11
Tabla 2. Antecedentes ginecológicos, médicos y quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 13
Tabla 3. Factores de riesgo que afectan la ocurrencia de embarazo ectópico 20
Tabla 4. Signos que las pacientes presentaron 23
Tabla 5. Hallazgos en las pacientes 24
Tabla 6. Hallazgos de cuadro hemático 26
Tabla 7. Localización de los embarazos 27
Tabla 8. Cronograma de actividades dividido por meses 32

Lista De Figuras

Figura 1. Embarazo ectópico desarrollándose en la trompa 36
Figura 2. Ovario derecho con feto de 8 semanas que se alojaba en su interior..... 36
Figura 3. Embarazo ectópico en cérvix 36

Introducción

El embarazo ectópico sigue constituyendo un problema de salud a nivel mundial. Por ello, debemos dar prioridad a encontrar y mejorar más tratamientos para aquellas pacientes que presenten este problema. En cuanto a la prevención, los gobiernos deben estar más presentes en las campañas de concientización del cuidado que se debe tener si se sospecha un embarazo.

Capítulo 1. Planteamiento del Problema

1.1. Formulación del Problema

¿Cómo tratar y prevenir el embarazo ectópico?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos generales

- Informar y describir el embarazo ectópico

1.2.2. Objetivos específicos

- Conocer la etiología y sintomatología.
- Denotar la importancia sobre el diagnóstico.
- Determinar los tipos de tratamiento del embarazo ectópico.
- Informar sobre la morbilidad y mortalidad del embarazo ectópico.

1.3. Justificación

Se realiza el presente trabajo pretendiendo informar y concientizar a los jóvenes acerca del embarazo ectópico, para que haya un adecuado diagnóstico y un adecuado tratamiento.

Es por ello que en el presente estudio describiremos la historia del embarazo ectópico, la etiología, sintomatología, el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico, empleando métodos de recolección de datos, evaluando causas y las complicaciones de esta enfermedad.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Área de estudio/campo de investigación

El presente trabajo de investigación fue realizado por estudiantes de la carrera de Medicina Humana de la Universidad de Aquino Bolivia (UDABOL). El trabajo es del curso de Embriología I. Toda la información usada acerca del embarazo ectópico puede ser revisada en la bibliografía.

2.2 Desarrollo del marco teórico

Para lograr los objetivos que se proponen debemos conocer toda la información sobre el embarazo ectópico.

2.2.1. Embarazo ectópico

El embarazo comienza con un óvulo fecundado normalmente, el ovulo fecundado se adhiere al revestimiento del útero, pero en el caso de un embarazo ectópico la implantación del ovulo fecundado se da en una porción del útero que no sea la corporal (implantación viciosa intrauterina) o enteramente fuera de la cavidad uterina lo que constituye verdaderamente un embarazo extrauterino.

El óvulo fecundado puede implantarse en la cavidad uterina en una forma viciosa y así pueden verse los embarazos en los ángulos (embarazo angular), en un cuerno rudimentario (embarazo en un cuerno), en la porción intersticial de la trompa, en la ampolla, en el pabellón, en el segmento inferior, o en el cuello (embarazo cervical), dando origen estas dos últimas eventualidades a las placentas previas. Estando el huevo fuera de la cavidad uterina, puede implantarse en la trompa, el ovario, el peritoneo y en la vagina.

Embarazo extrauterino se divide en tres tipos; embarazo tubárico: puede darse intersticial, ístmico, ampular, tubo abdominal y tubo-ovárico. Embarazo ovárico: puede ser superficial cuando ocupa la superficie del órgano, e intramolecular cuando se desarrolla en

el interior de un folículo de Graaf. Embarazo abdominal: se divide en primitivo si el óvulo se implantó allí desde que fue fecundado, y secundario si su desarrollo se da por una migración accidental desde su implantación original.

El embarazo ectópico puede causar la muerte de la mujer que lo padece y el producto de la concepción casi siempre se pierde, alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.

Material

Pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional arzobispo Loayza (HNAL), durante los años 2006 a 2010.

Edades

En el Hospital Nacional arzobispo Loayza (HNAL) se atendió a 18 067 partos con una frecuencia de embarazo ectópico del 2,1% o uno por cada 49 partos, la edad de los pacientes oscilo entre los 17 y 47 años con una media de 29,2 ± 6.5, un 98,3% ingreso por emergencia, la mayor parte de los pacientes provienen del cercado de Lima.

Además, 26,2% inició su vida sexual antes de los 16 años; la edad promedio de inicio de vida sexual fue 18,3 ±3,1 años y el número de parejas sexuales fue en promedio dos; 65,6% tuvo más de una pareja sexual.

Tabla 1. Características socio-demográficas de los pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Hospital Nacional arzobispo Loaysa enero 2006 – diciembre 2010

Año de ingreso	***Número de pacientes (porcentaje)***
2006	78 (22,4%)
2007	62 (17,0%)
2008	62 (17,8%)
2009	69 (19,5%)
2010	81 (23,3%)

Modo de ingreso	***Número de pacientes (porcentaje)***
Emergencia	342 (98,3%)
Consultorio externo	6 (1,7%)

Edad	***Número de pacientes (porcentaje)***
15-19 años	21 (6,0%)
20-24 años	73 (21,0%)
25-29 años	88 (25,5%)
30-34 años	88 (25,5%)
35-39 años	53 (15,2%)
40 años	25 (7, 2%)

Estado civil	*Número de pacientes (porcentaje)*
Soltera	99 (28,5%)
Casada	81 (23,3%)
Conviviente	168 (48,3%)

Lugar de procedencia	*Número de pacientes (porcentaje)*
Cercado de Lima	91 (26,2%)
San Martin de Porres	29 (8,3%)
Comas	22 (6,3%)
San Juan de Lurigancho	21 (6,0%)
Independencia	17 (4,9%)
Rímac	17 (4,9%)
La Victoria	14 (4,0%)
Breña	11 (3,2%)
Provincia	11 (3,2%)
Otros distritos	115 (33,1%)

Antecedentes

Cien pacientes (28,7%) fueron nulíparas, 90 (25,9%) tuvieron un parto, 74 (21,3%) dos partos, 62 (17,8%) tres partos y 22 pacientes (6,3%) más de tres partos.

En los antecedentes ginecológicos podemos observar que 189 mujeres mantenían relaciones sexuales durante la menstruación (54,3%), también observamos Dispareunia en 157 mujeres (45,1%), también podemos observar las relaciones contra natura que representan el 36,2%. En antecedentes médicos observamos infección del tacto urinario en 62 mujeres representando el (17,8%). En antecedentes abdomino-pélvicos observamos al legado uterino con 62 (17,8%) y Cesárea en 62 mujeres (17,9%).

Tabla 2. Antecedentes ginecológicos, médicos y quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Ginecológicos	***Número de pacientes (porcentaje)***
Relaciones sexuales durante la menstruación	189 (54,3%)
Dispareunia	157 (45,1%)
Dismenorrea	157 (45,1%)
Leucorrea	153 (44%)
Relaciones sexuales contra natura	126 (36,2%)
Enfermedad pélvica inflamatoria	77 (22,1%)
Dolor pélvico crónico	27 (7,8%)
Endometriosis	2 (0,6%)
Terapia de reproducción asistida	2 (0,6%)
Cervicitis crónica	1 (0,3%)

Médicos	***Número de pacientes (porcentaje)***
Infección del tacto urinario	62 (17,8%)
Tuberculosis pulmonar	13 (2,7%)
Asma bronquial	7 (2%)
Obesidad mórbida	5 (1,4%)
Hipertensión arterial	4 (1,2%)
Infección por virus de inmunodeficiencia humana	2 (0,6%)
Infección por virus Hepatitis B	1 (0,3%)
Epilepsia	2 (0,6%)
Diabetes mellitus tipo 2.	1 (0,3%)
Litiasis renal	1 (0,3%)
Hipotiroidismo	1 (0,3%)
Lupus eritematoso sistémico	1 (0,3%)

Quirúrgicos abdomino-pélvicos	*Número de pacientes (porcentaje)*
Legrado uterino	90 (25,9%)
Cesárea	62 (17,9%)
Embarazo ectópico previo	24 (6,9%)
Bloqueo tubárico bilateral	7 (2,0%)
Recanalización tubárica	1 (0,3%)
Quistectomía ovárica	7 (2,0%)
Apendicetomía	9 (2,6%)
Colecistectomía	4 (1,2%)
Resección intestinal por obstrucción intestinal	1 (0,3%)
Hernioplastia inguinal	1 (0,3%)

2.2.2. Historia del embarazo ectópico

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era muy baja. Un informe demostró que, de un total de 30 pacientes, solo 5 sobrevivieron a la operación abdominal. Curiosamente, la tasa de supervivencia en los pacientes que se dejaron sin tratamiento fue de 1 de cada 3 casos.

2.2.3. Etiología

Recordemos que tras la fecundación en la ampolla tubárica. El huevo se implanta entre el 6° y 7° días, allí donde se encuentre. Si su transporte se ha visto dificultado o imposibilitado no alcanza la cavidad uterina en ese tiempo y se implantara en la trompa.

Podemos agrupar las causas que enlentecen o dificultan el transporte tubárico, constituyéndose en las causas etiológicas de la gestación tubárica en:

En un 5% de los casos sus causas son desconocidas. Si bien el 50% de los casos pueden considerarse accidentales, ante la dificultad de demostrar causa alguna. En un 80% de los casos se atribuye a alteraciones mecánicas de las trompas: Anexitis inespecíficas gonococcica, fímica, etc. Aunque lleguen a curar, a veces con recuperación anatómica de la trompa, pueden dejar bridas, obstrucciones totales o parciales, o alteraciones en la motilidad y funcionalismo tubáricas enlenteciendo o imposibilitando el transporte ovular probablemente quepa asociar a este factor la mayor frecuencia de embarazos ectópicos entre:

- Áreas con promiscuidad sexual
- Áreas en que se practican sistemas de planificación familiar
- Áreas donde el aborto es legal
- Niveles socioeconómicos bajos
- Salpingitis ístmica nodosa
- Bridas adherenciales acodan y obliteran las trompas
- Compresiones extrínsecas sobre todo tumorales
- Uterinas. Miomas
- Tumores ováricos
- Malformaciones tubáricas
- Trompas dobles, una de las cuales acaba en un fondo ciego.
- Divertículos de la pared tubárica a veces consecuencia de salpingitis previas

- Endometriosis.
- A través de su acción mecánica compresiva, distorsionadora, etc.
- Por proporcionar islotes de endometrio donde se implantaría el huevo.
- Uso de DIU: da un 8 – 10% de anexitis inaparentes, y bien por este mecanismo o por alteraciones en las motilidad y transporte tubáricas, incrementa la frecuencia de embarazos ectópicos entre sus usuarias.
- Gestaciones en pacientes estériles pueden asociar varios de los factores expuestos. Las nuevas técnicas de reproducción asistida han tenido una importante repercusión en el incremento de la frecuencia. En un 15% de casos se atribuye a alteraciones funcionales de la trompa, a considerar, pero de difícil demostración.
- Trompas infantiles: no solo por su corta edad y estrechez, sino porque pudieran asociar alteraciones de su peristaltismo
- Insuficiencia de cuerpo lúteo: condicionaría un transporte ovular lento.
- Secundarias a tratamientos inductores de la ovulación
- Reflujo endometrial: relacionado con el transporte ovular lento, el huevo alcanzaría la cavidad uterina en fase menstrual siendo de nuevo rechazado a las trompas por un reflujo durante la regla.
- Cirugía reparadora tubárica
- Captación ovular tardía: el huevo alcanzaría su estado de implantación antes de alcanzar la cavidad uterina

• Migración ovular externa: se produciría una captación ovular tardía por parte de la trompa contralateral al ovario del que procede. Esto se ha podido demostrar comprobando la existencia de un embarazo tubárico junto a un cuerpo lúteo en el ovario contralateral

Causas:

• Defecto congénito en las trompas de Falopio

• Cicatrización después de una ruptura del apéndice

• Endometriosis

• Haber tenido un embarazo ectópico antes

• Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos

• Edad mayor a 35 años

• Quedar embarazada teniendo un dispositivo intrauterino (DIU)

• Realizarse ligadura de trompas

• Haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar embarazada

• Haber tenido múltiples compañeros sexuales

• Infecciones de transmisión sexual (ITS)

• Inflamación o infección: Las infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea o la clamidia, pueden provocar la inflamación de las trompas y otros órganos cercanos, y aumentar tu riesgo de tener un embarazo ectópico.

• Tratamientos de fertilidad. Algunas investigaciones indican que las mujeres que se someten a fertilización in vitro o tratamientos similares tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico. La misma infertilidad también puede aumentar el riesgo.

• Cirugía tubárica. La cirugía para corregir las trompas de Falopio cerradas o dañadas puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.

• Elección de un método anticonceptivo. La probabilidad de quedar embarazada mientras se usa un dispositivo intrauterino (DIU) es reducida. Sin embargo, si quedas embarazada mientras tienes colocado un DIU, lo más probable es que sea un embarazo ectópico. La ligadura de trompas, un método anticonceptivo permanente que comúnmente se conoce como "ligarse las trompas", también aumenta el riesgo si quedas embarazada después de este procedimiento.

• Tabaquismo. Fumar cigarrillos antes de quedar embarazada puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. Cuantas más fumas, mayor el riesgo

Factores predisponentes

Clínicamente se debe sospechar embarazo heterotópico ante la presencia de:

• Embarazo con antecedentes de técnicas de reproducción asistida: La inserción del catéter de manera inapropiada produce la dispersión de los embriones en el llamado efecto spray and drift: Inducción de la ovulación. (IO), inseminación intrauterina. (IIU), fertilización in vitro. (IVF), inyección intracitoplasmática de esperma. (ICSI), transferencia intratubaria de gametos. (GIFT)

• Persistencia de síntomas y signos de embarazo después de un legrado obstétrico

• Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica

• Persistencia de títulos altos de gonadotropina coriónica después de un legrado obstétrico.

- Persistencia de síntomas de embarazos luego de extracción de un embarazo ectópico
- Cuadro clínico de abdomen quirúrgico con masa anexial y embarazo intrauterino.
- Gestante añosa
- Embarazos múltiples dicigotos.
- Cirugías pélvicas y abdominales previas
- Historia de abortos recientes
- Uso de anticonceptivos hormonales.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Promiscuidad

Por lo tanto, la etiología del embarazo ectópico se divide en dos grupos: lo que retardan o impiden el paso del huevo fecundado a la cavidad uterina, y los que se relacionan con el embrión mismo. En el primer grupo están las adherencias intra o extrauterinas secundaria a procesos infecciosos, a endometriosis o cirugía pélvica previa que establecen un claro riesgo de desarrollar una gestación ectópica; el antecedente de embarazo ectópico previo y la enfermedad pélvica inflamatoria también atribuyen un aumento en las tasas de embarazo ectópico. Otros factores de riesgo establecidos son la edad materna avanzada, el inicio temprano de vida sexual, número de parejas sexuales, el antecedente de aborto, la infertilidad (especialmente en relación a la duración de la misma), el uso de dispositivo intrauterino (cobra importancia solo cuando está presente al momento de la concepción) y el tabaquismo (causa depleción inmunológica, alteración en la

motilidad tubaria y predisposición a los procesos inflamatorios pélvicos). (7,8). En el segundo grupo están las anomalías cromosómicas embrionarias (33 a 64% de los embarazos ectópicos) que pueden propiciar su implantación ectópica, así como los casos de migración anormal intra o extratubaria del huevo fertilizado de una trompa a otra. Los procesos de fertilización in vitro y la transferencia intratubaria de gametos también están incluidos en este grupo. La incidencia de embarazo ectópico es mayor en embarazos que han sido resultado de técnicas de reproducción asistida que en los embarazos espontáneos en un rango de 2.1 a 8%. Los cuatro puntos importantes para evaluar el riesgo de embarazo ectópico después de la fecundación in vitro son el entorno hormonal diferente, las características de salud reproductiva de la mujer infértil, la técnica de reproducción utilizada, y la estimación de la implantación del embrión.

Tabla 3. Factores de riesgo que afectan la ocurrencia de embarazo ectópico

Quirúrgicos abdomino-pélvicos	***Con embarazo ectópico***	***Sin embarazo ectópico***
Inicio temprano de la vida sexual	66%	29%
Dos o más parejas sexuales	56%	17%
Antecedente de embarazo ectópico	7%	0%
Antecedente de cirugía pélvica	58%	33%
Tabaquismo	27%	5%
Antecedente EPI	39%	4%
Uso de DIU	2%	4%

2.2.4. Sintomatología

Un embarazo ectópico presenta los signos o síntomas tempranos habituales del embarazo: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y náuseas. Sin embargo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico.

Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados.

A menudo, los signos del embarazo ectópico no aparecen hasta la rotura, que puede ser precedida por un dolor repentino e intenso, seguido de síncope o signos y síntomas de shock hemorrágico o peritonitis. La hemorragia rápida es más probable en los embarazos rotos de los cuernos uterinos.

Los signos que generalmente refieren las pacientes con este tipo de embarazo, son los siguientes:

- Dolor: Generalmente dolor pélvico, lo refiere el 95 % de las pacientes, en caso de marcado hemoperitoneo puede producirse dolor torácico pleurítico por irritación diafragmática con irradiación a los hombros y a la porción lateral del cuello Se ha descrito que esto sea causado por la presencia de sangre en el interior de la cavidad abdominal que irrita los nervios sensitivos cervicales situados en la superficie inferior del diafragma. También puede haber dolor a la movilización cervical, dolor anexial unilateral o bilateral, o una masa anexial. El útero puede estar ligeramente agrandado (pero a menudo menos que lo esperable según la fecha de la última menstruación).

La lesión tubaria se debe a inflamación, infección y cirugía. inflamación e infección pueden producir daño sin obstrucción tubaria completa. El bloqueo completo puede deberse a salpingitis, ligadura tubaria incompleta, intervenciones quirúrgicas tubarias para la fertilidad, salpingectomia parcial o atresia tubaria congénita a nivel del segmento medio. La lesión de la porción mucosa de la trompa o de la fimbria es la causa de cerca de la mitad de todos los embarazos tubarios. Los divertículos tubarios pueden originar anomalías que atrapan al blastocisto o impiden su transporte. Puede ocurrir embarazo tubario en una trompa bloqueada con permeabilidad tubaria contra lateral, caso en el que los espermatozoides emigran por el abdomen para fertilizar al óvulo descargado en el lado bloqueado.

- Amenorrea: El hecho de que no haya faltado un período menstrual no excluye de ningún modo el embarazo ectópico, la amenorrea con cierto grado de manchado o hemorragia vaginal aparece en el 60-80 %de las pacientes. Para Núñez se manifiesta en el 57 % de las enfermas.

- Hemorragia (pérdidas vaginales): Mientras persiste la función endocrina placentaria la hemorragia uterina estará ausente, esta suele ser escasa, de color castaño oscuro y puede ser intermitente.

2.2.5. Hallazgos abdominales

Tabla 4. Signos que las pacientes presentaron

Hallazgos	***ST9 de casos***	***%***
Dolor	300	100
Defensa abdominal	72	24
Masa abdominal	28	9
Signo de Bloomberg	23	7
Signo de Cullen	2	0

En todas las pacientes había dolor abdominal. El dolor era de localización especial en una de las fosas ilíacas.

El signo de Bloomberg sólo se encontró en 23 casos (7.66%). Arms- trong, Will, Moore y Lauden (2) en una revisión de 481 casos encontraron el signo de Bloomberg presente en el 40.1 % y la defensa abdominal en el 36.5%.

Creemos por lo tanto que este es un signo que se encuentra frecuentemente en los casos de embarazo ectópico y que la exigüidad de la cifra encontrada por nosotros es sólo producto de la poca acuciosidad de los examinadores o del olvido para consignar el dato en las historias. Con mayor razón si al continuar la revisión encontramos que 72 pacientes (24%) presentaban franca defensa abdominal, lo que obviamente supone irritación peritoneal.

La masa abdominal estuvo presente en 28 pacientes (9.33%). Por último, el signo de Cullen fue sólo hallado en dos casos (0.66%). Este signo se pone de presente como una mancha azulada alrededor del ombligo, cuando ha habido hemorragia prolongada en el abdomen y cuando aquél es delgado o existe una formación hemiaria.

2.2.6. Hallazgos pélvicos

El examen pélvico o ginecológico solo se practicó en 274 pacientes, habiéndose omitido en 26. Naturalmente, es de criticar esta omisión del examen ginecológico por razones obvias, y debemos aclarar que éstas fueron pacientes tratadas de urgencia por personal no dependiente del Servicio de Ginecología

Tabla 5. Hallazgos en las pacientes

Hallazgos	***No de casos***	***%***
Masa anexial	221	73.66
Dolor al movilizar el cuello	201	67
Cuello blando	129	43
Útero aumentado de tamaño	73	24.33

De la observación de este cuadro sacamos como conclusión que en cuanto al examen pélvico se refiere, los datos de mayor importancia son la presencia de masa anexial y el dolor que experimenta la paciente al movilizar el cuello. Damos particular importancia a la presencia de dolor en el Douglas, pero no consideramos de utilidad revisar este signo, en razón de que en las historias no aparecía específicamente consignado. Hall y Todd (8), en una revisión de 209 casos, encuentran que el 66% de las pacientes presentaban masa anexial y que en el 95% el útero estaba aumentado de tamaño, sin que este aumento fuera condicionado aparentemente por la presencia de fibromas.

2.2.7. Diagnóstico

Dentro de las pruebas auxiliares nos ayuda con el diagnóstico, los síntomas:

- Dolor intenso en la parte baja del abdomen
- Sangrado Vaginal o manchado
- Dolor en el hombro
- Fatiga, mareos y nauseas
- Sincope
- Shock hemorrágico

Pruebas

- Laparoscopia: Los embarazos ectópicos después de más 5 semanas puede diagnosticarse y tratarse con una laparoscopia, la laparoscopia no suele utilizarse antes ya que las ecografías y análisis de sangre suelen ser muy precisos.
- Pruebas biológicas de embarazo: Es en verdad muy relativo su valor en razón de que al desprenderse el huevo y cesar la actividad corial, es de esperar que se hagan negativas y por tanto es muy poca la ayuda que prestan en la dilucidación de un cuadro sospechoso de embarazo ectópico.

- Examen de sangre: Analizando las cantidades de la HGG
- Examen de orina: Análisis de la HGG
- Colpocentesis: La colpocentesis o punción del fondo de saco de Douglas

- Ecografía Transvaginal: Esta permite ver el útero, los ovarios y las trompas de Falopio a partir de ondas sonoras para crear imágenes.
- La culdoscopia: Es otro de los procedimientos que se han querido invocar como auxiliares en el diagnóstico de la gestación ectópica. Entendemos que lógicamente su utilidad tiene límites en aquellos casos de diagnóstico evidente, con pacientes en anemia y shock severos, en los cuales el procedimiento agravaría el estado de la enferma.
- Un examen de laboratorio tomada a 177 mujeres con embarazo ectópico

Tabla 6. Hallazgos de cuadro hemático

Hallazgos del C.H.	***No de casos***	***%***
Anemia	124	70.33
Sedimentación acelerada	53	28.8
Leucocitosis	26	14.68

Diagnóstico

Primero, debemos sospechar en cualquier mujer en edad reproductiva.

Con dolor pelviano, sangrado vaginal, síncope inexplicable o shock hemorrágico.

También puede ser necesario un examen pélvico para determinar algún bulto o zonas de dolor en una trompa de Falopio o un ovario.

Hallazgos operatorios

Tabla 7. Localización de los embarazos

Localización	***Número de casos***	***Izquierdo***	***Derecho***
Tubárico	294	173	127
Intersticial	2		2
Ovárico	1	1	
Abdominal	1		
No bien determinados	2		

Los lugares donde generalmente se hallan embarazos ectópicos, son:

- En la trompa, con un ligero predominio sobre el lado derecho o izquierdo.
- Los embarazos tubáricos que se dan en las regiones
- Ampulares
- Ístmicas.
- Ovarios, derecho o izquierdo.
- Región abdominal: Es un embarazo que se implanta en la cavidad peritoneal.

El estado evolutivo de los embarazos tubáricos puede ser:

- Rotos: Puede conllevar a mortalidad materna. Esta complicación del embarazo temprano se produce cuando el óvulo fertilizado se implanta en cualquier parte diferente al endometrio en el útero.
- No rotos: Cuando el embarazo ectópico es detectado antes de la ruptura del tejido.
- Abortos tubáricos: Expulsión del embrión desde la trompa.

2.2.8. Tratamiento

Las pacientes intervenidas quirúrgicamente, son anestesiadas con anestesia general. Se aplican transfusiones sanguíneas que oscilaron entre 250 cc y 2.000 cc. A veces puede haber un paro cardíaco catalogado como accidente anestésico

Los tratamientos realizados fueron:

- Laparoscopia:
- Salpingotomía
- Salpingectomía
- Laparotomía: Un corte abierto continuo de 4 puntos a más.

2.2.9. Morbilidad

La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales durante toda la vida se asocian con riesgo ligeramente mayor de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual. Numerosos estudios han revelado asociación entre la ducha vaginal y el embarazo ectópico.

Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces más que en la población general. La cirugía pélvica o abdominal que no afecta a las trompas de Falopio, como cesárea, cirugía ovárica, apendicectomía (sin rotura) e interrupción programada de un embarazo, generalmente no aumenta el riesgo.

El riesgo de embarazo ectópico se triplica como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada. En la mayoría de los casos, la lesión tubárica es

consecuencia de infecciones de transmisión sexual, entre las que la gonococia y las clamidias son las más frecuentes. Tras un episodio de infección tubárica, el riesgo de embarazo ectópico es de alrededor de 10% y aumenta de forma progresiva con cada infección posterior.

El riesgo de embarazo ectópico se quintuplica aproximadamente en las mujeres con exposición intrauterina a dietiletilbestrol (DES). Las anomalías observadas son acortamiento y circunvolución de las trompas, constricción de las franjas y quistes para tubáricos, pero se desconoce si tales anomalías guardan relación directa con el mayor riesgo de embarazo ectópico.

El riesgo de embarazo ectópico se duplica aproximadamente en las mujeres estériles. La asociación entre esterilidad e infección pélvica y enfermedad tubárica previa ofrece una explicación evidente. Los fármacos inductores de la ovulación involucran un mayor riesgo, aunque se desconoce si la responsabilidad depende de factores tubáricos coexistentes no identificados o de las características endocrinas alteradas de los ciclos estimulados.

El riesgo de embarazo ectópico se duplica como mínimo en las mujeres fumadoras. Éste aumenta alrededor de 50% en las ex fumadoras y las que fuman poco (1-9 cigarrillos al día) y se eleva de forma progresiva con un consumo diario más intenso.

La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales durante toda la vida se asocian con riesgo ligeramente mayor de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual. Numerosos estudios han revelado asociación entre la ducha vaginal y el embarazo ectópico.

La incidencia del riesgo absoluto de embarazo ectópico se reduce con todos los métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos orales y la vasectomía se asocian con incidencia absoluta más baja de embarazo ectópico. Las tasas siguen siendo muy bajas, pero casi 60 veces mayores con la esterilización tubárica (0.32/1,000 mujeres/año) y 200 veces mayores con el dispositivo intrauterino (DIU). La mayor tasa de embarazos ectópicos asociadas a DIU sigue siendo menor de la mitad en comparación con las mujeres que no emplean anticoncepción.

Dado que la salpingitis, como parte de la enfermedad pélvica inflamatoria, es el factor de riesgo más hallado comúnmente, se sugiere intensificar campañas de educación para la salud sobre este tema a nivel institucional, con la finalidad de conseguir su identificación temprana y tratamiento oportuno.

Es necesario realizar estudios adicionales tendientes a establecer la correlación entre los factores de riesgo y el embarazo ectópico, dirigidos a la identificación del germen causal de la salpingitis y su relación con el embarazo ectópico.

2.2.10. Mortalidad

Aunque el embarazo ectópico es la causa más común de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, y es el responsable de aproximadamente 10% de la mortalidad materna. Las tasas de mortalidad materna por embarazo ectópico disminuyeron significativamente debido al diagnóstico oportuno y a la mejora en las diferentes modalidades terapéuticas.

El tabaquismo incrementa el riesgo de sufrir embarazo ectópico hasta 3.8 veces. Phillips et al. (citados por Solano et al.) registraron en 1992 una RM de 2.4.

El riesgo de embarazo ectópico se duplica como mínimo en las mujeres fumadoras. Éste aumenta alrededor de 50% en las ex fumadoras y las que fuman poco (1-9 cigarrillos al día) y se eleva de forma progresiva con un consumo diario más intenso.

El DIU como antecedente para EE es un factor de riesgo estadísticamente significativo, explicado probablemente por los cambios fisiológicos de reacción local y mecánica que como cuerpo extraño condiciona. Esto sin considerar además que constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero.

Está la cirugía previa tubárica que incrementa el riesgo hasta en cinco veces. Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces más que en la población general. La cirugía pélvica o abdominal que no afecta a las trompas de Falopio, como cesárea, cirugía ovárica, apendicectomía (sin rotura) e interrupción programada de un embarazo, generalmente no aumenta el riesgo.

Son múltiples los factores de riesgo relacionados al EE, entre ellos: edad materna mayor de 30 años, consumo de tabaco, inicio precoz de la actividad coital y el número de parejas sexuales; como también los antecedentes de EE previo, aborto, proceso inflamatorio pélvico (PIP) e infertilidad, cirugías pélvicas y abdominales, uso de dispositivos intrauterinos y duchas vaginales.

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9% de las muertes durante este periodo.

Capítulo 3. Método

3.1 Tipo de Investigación

Investigación documental

3.2 Técnicas de Investigación

Técnica documental en la que se utilizo una revisión bibliográfica.

3.3 Cronograma de actividades por realizar

Tabla 8. Cronograma de actividades dividido por meses

Mes	***Avance***
Agosto	Distribución del marco teórico
Septiembre	Investigación de cada subtema
Octubre	Entrega de la información
Noviembre	Edición del trabajo al formato APA

Capítulo 4. Conclusiones

En conclusión, el embarazo ectópico es una entidad frecuente dentro de la Ginecoobstetricia, que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida.

Se realiza en frecuencia el embarazo tubárico, en su forma clínica complicado, con utilización del ultrasonido como método diagnóstico no invasivo, debido a su alta especificidad.

Existe una estrecha relación entre el diagnóstico precoz del EE y la forma clínica no complicada, lo que permitirá una evolución favorable tanto a corto como a largo plazo, ayudado por el desarrollo tecnológico alcanzado en los siglos XX y XXI, para evitar muertes y mantener la fertilidad que es uno de los atributos fundamentales de la mujer.

Con base en nuestras conclusiones nos permitimos establecer las siguientes sugerencias:

- Reforzar campañas de educación para la salud sobre el EE, con la finalidad de conseguir su identificación temprana y su tratamiento oportuno.
- Identificar oportunamente los factores de riesgo asociados a EE, durante el control prenatal en el primer nivel de atención.
- Establecer un control temprano del embarazo en aquellas pacientes con factores de riesgo asociado a EE. Esto debería incluir ecografía para determinar tempranamente la localización del embarazo, conjuntamente con la determinación cuantitativa de la HCG-β, ya que sus valores nos pueden orientar hacia una sospecha o diagnóstico temprano del embarazo ectópico.
- Educar a las pacientes sobre la clínica de dicha patología para que, en caso de que la presenten, acudan oportunamente a un establecimiento de salud y sean diagnosticadas temprana y oportunamente. Con esto se le estaría ofreciendo a la paciente el mejor tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, y así se conservaría su capacidad reproductiva.
- Realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías ginecológicas, especialmente la EPI, en pacientes en edad reproductiva con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada a EE.

Referencias

P. Capmas, J. Bouyer, H. Fernandez (2017). Embarazo ectópico. *EMC-Tratado de medicina Volume 21> n°3*

R. Ramanah, I. Marguier, N. Mottet, C. Magnin, D. Riethmuller (2018). Embarazo extrauterino. *EMC-Ginecología-Obstetricia, Volume 54 > n°3*

Martínez, G., Ángel, I., Mascaro, R., Yuri, S., Méjico, M., Sammy, W., & Mere, del C. y Juan, F. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, *59(3), 171-176.*

Spinola Castiglioni, Gladys Romina. (2012). Embarazo ectópico. *Revista del Nacional (Itauguá), 4(2), 23-29.*

Fernández, C. (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista cubana de obstetricia y ginecología.*

Sánchez, L. (2017). Presentación de una paciente con embarazo ectópico ovárico. *Scielo*

Cabrera, J. (2012). Causas asociadas a embarazo ectópico.

BNM. (2021). Embarazo ectópico. *Medline*

Dulay, A. *(2020).* Embarazo ectópico: etiología, fisiopatología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento. *MSD*

Gomez, H. (2001). Guía Buenas Prácticas Obstétricas. *Hospital Provincial Universitario Docente GAL*. Cienfuegos.

James, R. (2000). Tratado de Obstetricia y Ginecología. *México: Mc Graw-Hill Interamericana*.

Khan, J. (1997). Treatment of Ectopic with Laparoscopic Resection in a Community Hospital. *EE.UU: J Reprod Med.*

Mama, P. (1997). Clinical and Financial analyses of Ectopic Pregnancy Managment at a Large Health Plan. *J Am Assoc Ginecol Laparosc.*

MINSA. (2001). Embarazo Ectópico: Orientaciones Metodológicas para el Manejo y Control en todo el Sistema de Salud de las Mujeres con Embarazos Ectópicos y sus Complicaciones. Habana.

Arias-stella J. Atypical endometrial changes associated with the p1·esence of co- rionic tissue. *A. M. A. Arch. Path. 58: 112, 1954.*

Armstrong J., Wills s., moore j., lauden A. Ectopic pregnancy: A review of 481 cases. *Am. J. Obst. & Gynec. 7i: 364. 1959.*

Birch H., Collins C. Atypical changes of genital epithelium associated with ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec. 81: 1.198, 1961.*

Calatroni C. ¿Es la salpingectomía el tratamiento de elección en el embarazo tubárico complicado? *Obst. y Gin. Lat. Amer. li: 164, 1959.*

Conill Montobio V. Tratado de Ginecología l. de Técnic:t-Terapéutica Ginecológica. 3'-' Ed. Barcelona. 1956. *Editoial Labor, pág. 659.*

Pérez, A. (2013). Embarazo ectópico. *Medicina integral comunitaria.*

Pérez, L. (2017). Presentación de una paciente con embarazo ectópico ovárico. *Correo científico médico.*

Martínez, B. (2018). Embarazo ectópico en cérvix: reporte de un caso. *Diplomado en ultrasonografía médica.*

Apéndice

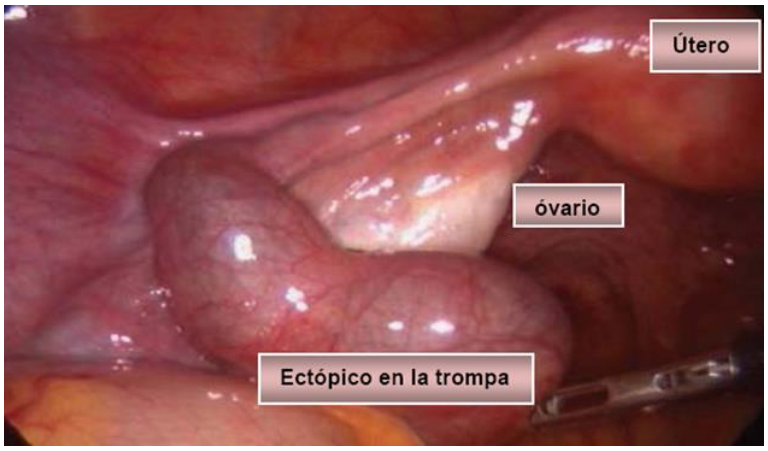

Figura 1: Embarazo ectópico desarrollándose en la trompa

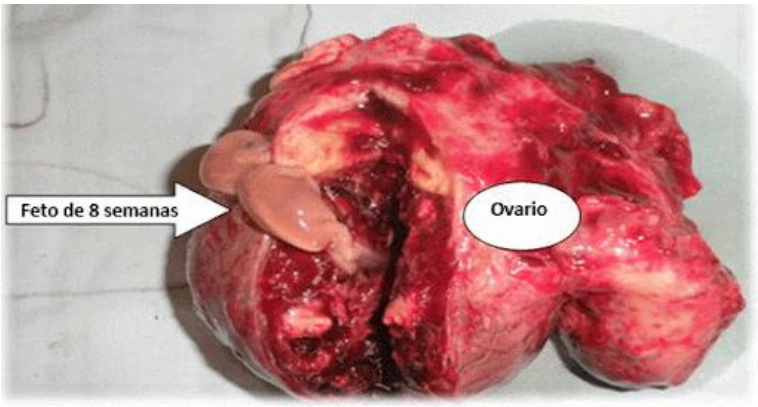

Figura 2: Ovario derecho con feto de 8 semanas que se alojaba en su interior

Figura 3: Embarazo ectópico en cérvix